



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Abordaje transtorácico para patología quirúrgica
abdominal**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía General

AUTOR

Valentín Jorge MARÍN SUÁREZ

ASESOR

Wilder Mercedes SANCHEZ COTRINA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Marín V. Abordaje transtorácico para patología quirúrgica abdominal [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

SUMARIO

I. INTRODUCCION

II. MATERIAL Y METODOS

III. RESULTADOS Y COMENTARIOS

IV. DISCUSION

V. CONCLUSIONES

VI. RESUMEN

VII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Durante nuestra experiencia como cirujano en el Hospital Militar Central , hemos podido obtener una serie de 06 pacientes con traumatismo abdomino torácico cerrado y entidades de patología abdominal susceptible de corrección por vía torácica en un lapso de tiempo de 1 año (Enero 2006 – Diciembre 2006) esta es una incidencia muy significativa de pacientes para un medio hospitalario como el nuestro.

Nuestra inquietud ha sido, que al final de este trabajo propongamos un protocolo a seguir en pacientes con patología quirúrgica abdominal susceptible de abordaje transtorácico .

A.- DESCRIPCIÓN GENERAL E/IMPORTANCIA

El trabajo consiste en establecer que frente a una entidad patológica quirúrgica abdominal es susceptible el abordaje transtorácico . Establecida la dificultad topográfica (patología quirúrgica de la cúpula hepática, espacios subdiafragmáticos , fondo gástrico, cardias y esófago distal), el acceso por vía abdominal al tener en cuenta la convexidad diafragmática que conforma una estructura tuneliforme que dificulta la exposición y maniobrabilidad del cirujano para resolver el problema sólo por vía abdominal.

Se presentó una casuística propia de 06 casos en el lapso de 01 año , se describen estos casos representativos así mismo se describe la incisión realizada, la cual preconizamos por nuestros resultados, ser la de mayor utilidad.

Justificación e Importancia .- La importancia y significado del trabajo presente radica en que mediante este procedimiento se brindan beneficios al paciente, haciendo uso de este recurso operativo, de igual

modo hemos logrado una perfecta coordinación entre los departamentos de Cirugía General y el departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

Para lo cual establecemos que la presente investigación debe orientarse a confirmar la siguiente hipótesis:

B.- HIPOTESIS

Que la patología abdominal quirúrgica puede ser abordada Vía torácica, y que existe una correlación clínico quirúrgica confirmado con los hallazgos del acto quirúrgico (máxima correlación estadística es 1). Que es una técnica mas fisiológica, más económica, más funcional sobre todo de mayor beneficio para el paciente, desde el punto de vista orgánico y psicológico, evitando una serie de complicaciones que se producen por vía abdominal.

C.- OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

Propósito de Trabajo:

C1. Dar a conocer y difundir un conjunto de parámetros a seguir (protocolo) cuando se presente un paciente con entidades patológicas abdominales y ofrecerles el menor porcentaje de morbilidad y mortalidad con un tratamiento precoz una vez hecho el diagnóstico.

C2. Definir adecuadamente (terminología), ordenar los parámetros diagnósticos para llegar o no a una toracotomía con los recursos invasivos de que dispone nuestro hospital.

C3. Resultados a Obtener

Serán el conocimiento y difusión de un conjunto de normas y procedimientos a seguir cuando se presente un paciente con patología quirúrgica abdominal susceptible a este abordaje, asimismo recomendar como procedimiento idóneo la Torcotomy posterolateral derecha e izquierda la cual reúne dos condiciones básicas de toda incisión:

Buena correlación incisión – topográfica y que puede ser ampliada.

Durante el desarrollo de este trabajo podemos establecer el siguiente marco teórico conceptual.

C4. Determinar cual de las dos técnicas (abordaje abdominal y abordaje transtoracico) ofrece mas beneficios a los pacientes sometidos a cirugía.

C5. Identificar las evaluación y resultados pre y post operatorios de los pacientes operados

C6. Comprobar las ventajas del abordaje transtoracico

- Tiempo operatorio
- Pronta recuperación
- Nulas recidivas

C7. Reportar y proponer esta técnica de abordaje, ampliando la cobertura quirúrgica a poblaciones de bajo recursos

D.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL

D.1.- ANATOMIA:

El diafragma es un músculo que se organiza a expensas de brotes de mesoderma, entre la séptima y octava semana, por el crecimiento progresivo y convergente de diversos segmentos que al juntarse constituyen el centro frénico, forman un tabique completo solamente atravesado por el esófago, aorta , vena cava , nervios simpáticos ,neumogástricos y los vasos linfáticos.

Las entidades patológicas abdominales adquieren un matiz torácico cuando algunos de los orificios que normalmente , dan paso a órganos por zonas de coalescencia de las estructuras primitivas del diafragma en formación que permanecen débiles.

De este modo se distinguen tres clases de hernias:

1º Las embrionarias por aplasia o hipoplasia de un segmento.

2º Las congénitas, que aparecen por puntos débiles debido a coalescencia incompleta (persistencia de fisura pleuroperitoneal)

Que originará una comunicación anómala en el diafragma posterolateral, llamado foramen de Bochdalek).

3º Las adquiridas que se presentan a través de orificios normalmente existentes pero distendidos , y que por traumatismos pueden hacerse evidentes.

D.2 GNOSOLOGIA DE LOS CASOS PRESENTADOS

La hidatidosis en países endémicos como el nuestro es una patología relativamente frecuente. En nuestro país , el departamento de Puno es considerado como zona endémica. La enfermedad hidatídica en el ser humano puede afectar cualquier zona del organismo. Los aparatos y sistemas mas afectados , en orden de frecuencia , son el hígado, pulmón , cerebro y en ocasiones el riñón.

El tratamiento quirúrgico esta indicado en casos de falla del tratamiento médico, o en casos de quistes complicados con cuadros obstructivos.

En el caso de hernia diafragmática se dividen en hernias hiatales por deslizamiento y hernias para esofágicas ó parahiatales . Las hernias por deslizamiento son mucho más comunes y se acompañan de insuficiencia del esfínter esofágico inferior además de esofagitis por

reflujo. Las hernias para esofágicas constituyen menos del 5% total de hernias hiatales .

Las estrecheces corrosivas del esófago son resultados de ingestión de sustancias cáusticas sólidas o líquidas. Las víctimas más frecuentes son niños que los ingieren por accidente.

Los casos de ingestión de cáusticos en el adulto suelen representar intento de suicidio. Las sustancias más comunes en quemaduras corrosivas del esófago son cáusticos (hidróxido de sodio, lejía). Todas las quemaduras producen fase aguda, subaguda, crónica o cicatrizal, siendo las estrecheces anatómicas del esófago los lugares más comunes.

El diafragma situado entre el tórax y el abdomen; el abdomen está limitado hacia arriba por una línea oblicua que, partiendo de la base del apéndice xifoides , fuese a terminar en la apófisis transversa de la duodécima vértebra dorsal. Este límite externo dista mucho de corresponder al límite inferior pues la cavidad cóncava. Presenta en su interior un diámetro vertical mucho mayor.

En su dirección hacia abajo a través del tórax, el esófago atraviesa el diafragma por un defecto conocido como hiato esofágico. Esta estructura esta íntimamente relacionada con el esfínter esofágico inferior, la unión entre el esófago y el estómago y el mecanismo de cierre que existe entre ambos.

La presión dentro del tórax es menor que la atmosférica, en tanto que la presión intradominal está por encima de la misma. Este es uno de los factores importantes que tiende a fomentar el paso de una porción del estómago hacia arriba, a través del hiato .Cuando ocurre esto nos encontramos con una hernia esofágica hiatal.

Hay dos tipos mas o menos diferentes de hernia esofágica hiatal, la hernia hiatal parasofágica y la hernia hiatal por deslizamiento.

Otros aspectos anatómicos a considerar son: La pared del hiato esofágico está formada en su totalidad por el músculo que comprime el

diafragma. Existe una separación en el plano antero-posterior de las fibras musculares que compone el pilar derecho del diafragma .

Esta separación forma un cabestrillo por delante del esófago, pero hay una reunión menos definida de las fibras musculares por detrás, que dejan un defecto ahusado en forma de V.

Normalmente, el hiato tiene tamaño suficiente para permitir el paso del esófago con comodidad , es decir unos 2.5 cm. de diámetro. El esófago pasa a través del túnel crural en sentido oblicuo, directamente por delante de la aorta y justamente por encima del hiato y se encuentra hacia la izquierda de la aorta justamente por debajo del mismo. Aunque el hiato esofágico en general está constituido por completo por el pilar derecho del diafragma, se han discutido variaciones en la anatomía muscular del mismo. El pilar izquierdo contribuye en general a la constitución del borde hiatal derecho. Ambos pilares diafragmáticos se originan en las superficies laterales de la primera a la cuarta vértebras lumbares .El hiato esofágico se contrae con la inspiración a juzgar por lo que se ha observado con la punta del dedo en dicho sitio durante la cirugía.

Con la inspiración, el diafragma y hiato descienden, lo que aumenta la angulación del esófago en dicho sitio.

Bajo condiciones normales hay un segmento corto debajo del diafragma antes de que el esófago se continúe con el cardias gástrico. Todo el fondo del estómago está por encima y a la izquierda de la unión esófago-gástrico, llenando por completo la superficie inferior de la cúpula diafragmática, sobre una pequeña porción por fuera, ocupada por el polo superior del bazo. El ángulo agudo del borde izquierdo del esófago abdominal y el borde interno del fondo gástrico se conoce como ángulo de His.

El esófago inferior y la unión gastro esofágica están sujetos de manera floja en el hiato esofágico por un artefacto conocido como ligamento o membrana freno-esofágica. Esta estructura se origina en sentido circunferencial alrededor de los bordes hiatales y se trata de una

membrana fibroelastica que es continuación transversa del abdomen y de la aponeurosis endotorácica. El ligamento freno-esofágico se inserta en sentido circunferencial alrededor del esófago diafragmático cerca de la unión de los epitelios plano y cilíndrico. Este artefacto proporciona una relación dinámica entre esófago y diafragma, de modo que permite fácilmente el acortamiento y alojamiento del esófago que acompaña a la actividad peristáltica.(6)

D.3. FISIOLÓGIA DE LA UNIÓN ESÓFAGO – GÁSTRICO.

El mecanismo de cierre de la unión esófago-gástrica tiene importancia crítica. El epitelio plano estratificado del esófago es extraordinariamente sensible a la acción digestiva del jugo gástrico. Las relaciones normales de presión favorecen el reflujo gastroesofágico, puesto que la presión intragástrica está por encima de la atmosférica y la presión intraesofágica es negativa en relación con la atmósfera. Sólo hasta hace pocos años se llegó a conocer el mecanismo de cierre. Antes se consideraba importante la acción opresiva del diafragma, pero los estudios actuales indican claramente en la actualidad que no es un factor primario. La entrada oblicua del esófago en el cardias, ángulo de His, es probablemente un factor básico para conservar la suficiencia del mecanismo esfinteriano, pero tampoco tiene importancia primaria. La reconocida existencia de un esfínter esofágico-inferior, estudios fisiológicos han demostrado este mecanismo esfinteriano de manera más convincente.

En cuanto a las hernias diafragmáticas a través del hiato esofágico, es costumbre dividir estas hernias en hernias hiatales por deslizamiento y hernias hiatales paraesofágicas o parahiatales. Las hernias hiatales por deslizamiento son mucho más comunes y se acompañan de insuficiencia del esfínter esofágico inferior y esofagitis por reflujo.

Las hernias paraesofágicas constituyen menos del 5% del total de hernias hiatales, en este tipo de hernias la unión esofagogástrica se

conserva por debajo del diafragma, y también se conserva la suficiencia del esfínter esofágico inferior.

El método acostumbrado de corrección quirúrgica de la hernia hiatal por deslizamiento con esofagitis por reflujo se ha convertido, por tanto, en una reparación transabdominal de los pilares con cierre simultáneo del ángulo de His . Si existe úlcera duodenal o hipersecreción gástrica o ambos fenómenos , se efectúan vagotomía y piloroplastía al mismo tiempo.

El acceso transtorácico se reserva para los pacientes con acortamiento congénito o adquirido del esófago, los que han tenido cirugía previa de parte alta del abdomen, y los pacientes muy obesos en los que el acceso transabdominal sería extraordinariamente difícil.

En cuanto a la Acalasia , la característica fisiopatológica más importante es el megaesófago, está representada por la Acalasia del esfínter esofágico – inferior , principal responsable de la disfagia. A pesar de los avances en el conocimiento de su fisiopatología y diagnóstico a través de sofisticada investigación funcional, su tratamiento aún suscita controversias.(8)

Síntomas característicos de la acalasia son: disfagia, regurgitación, pirosis, pérdida de peso en relación al peso habitual.

El tratamiento quirúrgico es: Cardiomiectomía, con esófago gastro funduplicatura parcial, lo más pronto posible y en nuestro medio ello no se da frecuentemente en la práctica, en éste caso la cirugía mas indicada para corregir el reflujo gastro esofágico es, en este caso, la funduplicatura de Nissen laparoscópica, por la mejor expectativa de vida que ofrece a los pacientes, pero aquellos casos donde el reflujo gastroesofágico es causado o es concomitante con la existencia de hernia hiatal por deslizamiento con alteración del ángulo de His, se presenta por la disyuntiva del abordaje, en esto tiene que ver el costo incrementado por la ampliación de cobertura en el tratamiento quirúrgico, antes del advenimiento de la cirugía laparoscópica, las operaciones no se realizaban en estado iniciales, si no por el contrario

recién en los casos más complicados y con abordaje por vía abierta, la funduplicatura de Nissen es una operación que se torna mas difícil a medida que avanza la enfermedad, lo cual puede generar esofagitis severa, acortamiento del esófago y a largo plazo, lesiones premalignas como el esófago de Barret.

D.4. TECNICA OPERATORIA: TORACOTOMIA POSTERO LATERAL

Esta incisión es ideal para una gran variedad de procedimientos quirúrgicos de elección. Por el lado izquierdo se exponen muy bien el corazón, aorta descendente, porción inferior del esófago, nervios vagos e hiato diafragmáticos, cúpula diafragmática, en tanto que las venas cavas superior e inferior, la exposición de las venas hepáticas y porción superior del esófago y cúpula diafragmática derecha, se alcanza por el lado derecho del tórax. Preconizamos esta incisión, siendo sus características principales las siguientes :

La altura de la incisión en la pared torácica, varía según la naturaleza del procedimiento para obtener la exposición óptima de la parte superior o media o de la porción basal de la cavidad torácica.

Para intervenciones en diafragma y porción inferior, la cavidad torácica debe abrirse a nivel de las costillas sexta o séptima. Si se requiere una exposición más amplia puede seccionarse una o dos costillas por arriba y por debajo de éstas.(10)

La posición del paciente es en decúbito lateral, con las caderas aseguradas a la mesa de operaciones con una cinta adhesiva ancha.

Se flexiona la rodilla de el miembro inferior contra lateral que queda debajo y se coloca una almohada entre esta y el miembro inferior que quede en extensión.

El brazo en el lado de la torocotomía se extiende hacia delante y arriba y se coloca en un soporte para brazos en línea con la cabeza, de modo que permite el acceso a las venas. La incisión comienza en la mitad del

espacio comprendido entre el borde interno de la escápula y la columna vertebral, se sigue hacia abajo paralelo a estas dos estructuras unos 5-6 cms. Y entonces se hace una curva en formas de S suave a dos dedos por debajo del punto de la escápula; finalmente, se extiende hacia abajo hasta el nivel del pliegue submamario o ligeramente por debajo. Para aberturas más bajas en el séptimo u octavo espacio intercostales o aquellas afectadas por la sección de los cartílagos costales para obtener exposición máxima, el extremo interno de la incisión se incurva suavemente hacia el epigastrio ó sobre el mismo. Luego se hace la incisión directamente hacia abajo a través del músculo dorsal ancho y el serrato mayor, ahora con los dedos índice y medio introduciéndolos por el triangulo auscultatorio formado por el bordes del trapecio y romboides, se debe tener cuidado al hacer esta incision, paralela a la columna vertebral y de disminuir la posibilidad de seccionar los nervios espinales accesorios que inervan el trapecio.

Cuidado Pos – Operatorios: Las analgésicos deben administrarse en la menor cantidad posible, pueden ser anestesiados los nervios intercostales en diferentes espacios intercostales por encima y por debajo de la incisión. Esto se consigue con facilidad con un anestésico local de acción prolongada antes de cerrar el tórax, se puede inyectarlos a través de la pleura parietal cerca de su origen.

Los tubos de torocotomía generalmente, cuando han cumplido su propósito según los signos de respiración normal en el hemitorax correspondiente, si las radiografías muestran expansión completa del pulmón sin fugas de aire, ni acumulación del líquido, se retiran al 2do y 3er día del post operatorio.

II . MATERIAL Y METODOS

1.- SUJETO DE ESTUDIO:

Del registro de operaciones del Departamento de Cirugía General se recopilaron a partir del mes de Enero 2006 al mes de Diciembre 2006, 06 casos de patología quirúrgica abdominal que acudieron al Hospital Militar Central. De acuerdo a las características de nuestro centro hospitalario los pacientes son todos ellos militares en actividad (90%) y en retiro (10%) se revisaron historias clínicas en ese período, se utilizaron fichas de recolección de datos previamente elaborado. La edad de los pacientes fluctuó entre los 18-85 años de edad, con una media de 50 años.

2.- CRITERIOS DE INCLUSION:

Fundamentalmente pacientes con patología quirúrgica abdominal de difícil acceso por vía abdominal.

No establecimos criterio de exclusión por el número de casos, que es muy representativa para nuestro hospital.

Se realizó junta medica para definir el abordaje, entre los departamentos de cirugía general y cirugía de tórax y cardiovascular

3.- TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es una investigación analítica retrospectiva sobre patología quirúrgica abdominal, se realizó una minuciosa y detallada revisión de las historias clínicas y exámenes auxiliares especializados de los pacientes con patología quirúrgica abdominal de difícil acceso topográfico. Para la recolección de datos se procedió a consultar el registro de cirugías del departamento de cirugía general.

Se evaluó en forma retrospectiva los aspectos clínicos de entidades clínicas quirúrgicas abdominales, para dichos fines se diseñó una ficha de recolección de datos

El grupo en estudio estuvo conformado por 06 pacientes. Ellos fueron incluidos mediante un protocolo prospectivo que contenía las siguientes partes:

Anamnesis : Edad, sexo , ocupación, dolor (localización, irradiación, intensidad) creencia de la causa del dolor, alivio con ó sin medicación; sintomatología concomitante, ausencia de otros síntomas, antecedentes de traumatismo abdómino – torácico.

Examen físico: Ectoscopia, estado general, peso, examen de abdomen y tórax : signos de irritación peritoneal, signos de matidez o submatidez, hipersonoridad torácica .

Exámenes auxiliares y de radiodiagnóstico : Hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y Rh, radiografía simple de abdomen, radiografía de tórax, radiografía de columna lumbosacra (frontal y lateral), endoscopías, ecografías, gamma grafías, TAC Abdominal, TAC torácica .

Hallazgos operatorios enfatizados en el reporte operatorio y que se correlacionan con el diagnóstico.

Análisis completo de datos de la historia clínica:

Análisis de síntomas haciendo hincapié en el dolor abdominal, signos y síntomas de índole torácico.

Examen físico completo

Distribución e incidencia por edad, sexo. Tipo de tratamiento quirúrgico y hallazgos operatorios.

Mortalidad, morbilidad, complicaciones posoperatorias.

Se revisaron 06 historias clínicas de pacientes cuya patología han sido mencionadas, revisando antecedentes, exámenes, auxiliares para el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico con seguimiento de un año. Se utilizó para el abordaje una toracotomía posterolateral para aquellos casos donde la patología hidatídica es muy posterior o esta localizada, en la cúpula o en segmentos posteriores, asimismo se recomienda la misma incisión para resolver problemas que afecten el esófago distal, cardias, fondo gástrico. La incisión submamaria donde la patología es de localización anterior.

Con los datos obtenidos se procedió a la tabulación de los diferentes parámetros en estudio, confección de cuadros y procesamiento estadístico que por el número de casos resultó muy simple.

Seguidamente se realizó la discusión, resumen y conclusiones del presente trabajo.

HISTORIA CLINICA N° 1

Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, con antecedentes epidemiológicos positivos para hidatidosis que ingresa por presentar tos, dolor torácico, dolor en hipocondrio derecho, eosinofilia, rayos X de pulmones, reveló: quiste hidatídico, rayos X simple de abdomen, demostró : sombra tenue sugestiva de quiste, ecografía abdominal, TAC, corroboran diagnóstico de quistes hidatídico de localización posterolateral del pulmón derecho. Extirpación del quiste pulmonar y abordaje de quistes hidatídico hepático con incisión diafragmática en dirección a reborde costal anterior.

HISTORIA CLINICA N° 2

Paciente de 31 años de edad, sexo masculino, antecedente de traumatismo torácico hace 2 años. Ingresó por vómitos frecuentes tras ingesta alcohólica, catalogado como, portador de pancreatitis aguda,

que evoluciona con derrame pleural izquierdo, se realiza drenaje torácico, obteniéndose líquido serohemático mal oliente que cambia a purulento y verdoso con débito alto por lo que se estudia posibilidad de fístula esofágica y/o perforación gástrica. TAC Y ECO abdominal, que fueron negativos, la prueba con azul de metileno fue positiva. Se opera, se encuentra ruptura de estómago herniado a cavidad pleural por defecto diafragmático, se redujo hernia y se sutura estómago, ampliándose diafragma, se lavó cavidad pleural y abdominal, drenes y suturas, evolucionan con paquipleura que se decortica.

HISTORIA CLINICA N° 3

Paciente de 85 años de edad, sexo femenino, antecedentes de hernia diafragmática de 20 años de evolución. Ingresa por presentar disnea que se incrementa después de ingesta de alimentos, pirosis, flatulencia, ardor epigástrico; rayos X de tórax mostró estómago en Hemitórax izquierdo; rayos X contrastado de esófago, de estómago, duodeno; endoscopia, ecografía, corroboran el diagnóstico de hernia, sometida a toracotomía postero lateral, reduciéndose hernia y reconstruyendo el hiato esofágico cerrando con firmeza los pilares que componen el hiato por detrás del esófago. Asimismo se reconstituye el ligamento freno-esofágico con el propósito de restablecer la función de retención. y fijando el estómago.

HISTORIA CLINICA N° 4

Paciente de 80 años de edad, sexo femenino, ingresa por pirosis, dificultad respiratoria, plenitud gástrica, asimismo estudios de caso anterior, se le cataloga como hernia hiatal.

Igualmente sometida a taracotomía posterolateral.

HISTORIA CLINICA N° 5

Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, ingiere cáustico (ácido muriático) causándole esofagitis cáustica en tercio distal de esófago

que evoluciona a estenosis esofágica con compromiso del 90% de su luz, asimismo lesiones cáusticas en cardias y fondo gástrico. Se le somete a toracotomía posterolateral para una anastomosis gastroesofágica con elevación del estómago al tórax.

HISTORIA CLINICA N° 6

Paciente de 39 años, sexo masculino, antecedente de accidente de tránsito en 1987, aplastamiento, pérdida de miembro inferior izquierdo; tiempo de enfermedad actual 05 meses, con disnea a pequeños esfuerzos, dolor abdominal, pirosis. Examen preferencial, pulmones: Asas intestinales en Hemitorax izquierdo, radiografía de esófago, estómago, duodeno contrastado: hernia diafragmática izquierda, saco herniario que contiene estómago y asas colónicas ocupan dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo. Esófago: normal; Estómago: en cavidad torácica de aspecto volvulado (fondo y región antropilórica hacia abajo) adecuado pasaje de contraste hacia asas intestinales.

Sometido a una toracotomía posterolateral con el diagnóstico preoperatorio: de hernia diafragmática izquierda traumática, hallazgos: saco herniario que protruye a cavidad torácica izquierda, el cual contiene bazo, estómago, intestino grueso, ruptura de diafragma a nivel de inserción posterior. Cierre de defecto, técnica de Mayo, dren torácico N° 28

III RESULTADOS Y COMENTARIOS

CUADRO 1

Distribución por edad y sexo

Edad En años	Mujeres	Varones	Total	porcentaje
15-20	-	02	02	33.3%
30-40	-	02	02	33.3%
80-90	02	-	02	33.3%
TOTAL	02	04	06	100%

En el presente cuadro se puede observar que de los pacientes operados el 33.3% se encuentran en los tres grupos etáreos el mismo porcentaje de incidencia.

CUADRO 2

Distribución según situación militar

Situación	Varones	Total	Porcentaje
Actividad	04	04	93.3%
retiro	02	02	6.6%

En el presente cuadro se puede observar que el 93.3% (04 pacientes) están dentro de la población militar expuesta a accidentes y patología quirúrgica abdominal y el 6.6% (02 pacientes) están en situación de retiro y menor exposición a accidentes.

CUADRO 3

Exámenes de laboratorio

Examen Solicitado	Total	Porcentaje
Hemograma		
Normal	04	
Anormal	02	Leucocitos/mm ³ : 10,000-15,000, abastados más de 7,04 casos. Eosinofilia 05 casos

Hemoglobina		
Hematocrito		
Normal	02	
Anormal	04	Hb: 8-10 grs. % Hto: 24-28 %

CUADRO 4

Complicaciones	
Dehiscencia de suturas	00 casos
Infección de herida operatoria	02 caso
Evisceración	00 casos
Fístula entero cutánea	00 casos
Eventración	00 casos
Morbilidad	01 caso
Mortalidad	00 casos

CUADRO 5**Tratamiento Quirúrgico**

ORGANO	TIPO DE LESION	TIPO DE INTERVENSION QUIRURGICA	Nº CASOS	DRENAJE TORACICO
Hígado	Quiste hidatídico	Cura quirúrgica quística	01	01
Bazo	Ectopia	Reducción	01	01
I.D.	Ectopia	Reducción	01	01
Colon	Ectopia	Reducción	02	02
Estomago	Desgarro, estallido	Sutura primaria y reducción	01	01
Esófago	Esofágitis cáustica	Elevación del estomago al tórax	01	01
diafragma	Ruptura por aumento de presión intrabdominal	Sutura primaria	02	02

IV. DISCUSION

A. CASUISTICA.- En este capítulo se discuten los cuadros que son el resultado del análisis en el diagnóstico clínico y manejo quirúrgico de las diversas entidades producto de patología abdominal quirúrgica en pacientes que acudieron al Hospital Militar Central en el lapso de un año (Enero 2006 a Diciembre 2006) con una casuística de 06 pacientes representativos.

B. Luego de realizar el diagnóstico de entidades quirúrgicas abdominales susceptibles de resolución por abordaje transtorácico, el cual se basa en la historia clínica donde los parámetros importantes son los síntomas y signos, exámenes de laboratorio básicos limitando al extremo en realizar funciones diagnósticas y que sea con la técnica recomendada para evitar las iatrogénicas, finalmente el 100% de pacientes fue toracotomizado.

C. Se propone que la toracotomía posterolateral proporciona la forma de solución con morbilidad de 0%.

Los traumatismos abdomino - torácicos, motivo de nuestro estudio, han aumentado en frecuencia y esto va en relación al elevado índice de accidentes automovilísticos que conllevan alta velocidad con las consiguientes contusiones severas de abdomen, es importante para determinar la presencia de hemoperitoneo.

En el cuadro 1, se indica la distribución de pacientes por edad, sexo, siendo el sexo masculino de mayor frecuencia (93.3%) en nuestro hospital.

En el cuadro 2, se observa que el 93.3% de pacientes están en actividad, lo que evidencia el riesgo a que esta sometido el personal militar en sus actividades cotidianas.

Las heridas gástricas de nuestra casuística se produjeron en pacientes que por el traumatismo abdomino - torácico cerrado contra un objeto contundente, causa herniación transdiafragmática del fondo gástrico y posteriormente ruptura libre en cavidad pleural.

Las lesiones diafragmáticas (5%) guardan relación con otras series, lesiones que van desde la laceración de fibras musculares hasta la ruptura teniendo en cuenta los puntos débiles anatómicos que existen en el músculo diafragmático.

Presentamos 06 casos representativos de patología diversa y variada de pacientes cuya dolencia fue resuelta por abordaje vía transtorácica, transdiafragma, cada uno de ellos fué sometido a una técnica quirúrgica basada en una toracotomía posterolateral. Existiendo además el abordaje anterior. El resultado final de las operaciones por esta vía, según los autores, deberá tener los mismos resultados que por la vía abdominal.

- No discutimos de que el método acostumbrado de corrección quirúrgica de la hernia hiatal por deslizamiento con esofagitis y reflujo sea a través de una reparación transabdominal de los pilares con cierre simultáneo del ángulo de His.
- Los casos propios no presentaban enfermedad ácido péptica concomitante por lo que no consideramos realizar una vagotomía y piloroplastía al mismo tiempo .
- Reservamos el acceso transtorácico para nuestro paciente con acortamiento congénito o adquirido del esófago.
- Ningún paciente tuvo cirugía previa en el abdomen superior.
- De los pacientes ninguno fue obeso, en los cuales el acceso abdominal hubiera sido mas difícil y ser el abordaje de elección el transtorácico.

V. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES

Se sostiene que se trata de un problema anatómico que puede ser resuelto a nivel quirúrgico; los beneficios del tratamiento son notables porque los pacientes superan los síntomas y no hay recidivas, existiendo patología quirúrgica abdominal localizada en la zona límite de abdomen y tórax: Cúpula del hígado, espacios sub diafragmáticos, diafragma, orificios normales y anormales del diafragma, fondo gástrico, cardias y esófago distal (en su ingreso al estómago) de difícil y laborioso abordaje abdominal por laparotomía, debido a que las características anatómicas de la parrilla costal, los músculos abdominales y la cavidad que forma con el diafragma, conforman una estructura tuneliforme donde se dificulta la exposición y maniobrabilidad del cirujano en esa área, lo que alarga el tiempo quirúrgico, es que planteamos como alternativa para resolver dichos problemas por abordaje transtorácico en aquellos casos de patologías debidamente estudiados.

Este trabajo motivo de nuestro estudio, presentamos nuestra experiencia los siguientes 06 casos operados como representativos :

1. Quiste hidatídico hepático localizado en la cúpula(segmento 7),
2. Hernia gástrica estrangulada transdiafragmática,
3. Hernia del hiato esofágico,
4. Hernia diafragmática,
5. Estenosis esofágica cáustica en tercio inferior (con elongación del estómago),
6. Ruptura diafragmática.

La importancia y significación del presente trabajo aplicativo radica en que la patología quirúrgica abdominal diversa y variada, casuística nuestra, puede ser resuelta con los siguientes beneficios :

1. Menor tiempo operatorio.
2. Menor posibilidad de recidivas en el caso de hernias diafragmáticas.
3. Mayor comodidad y exposición quirúrgica en las entidades muy próximas a las cúpulas diafragmáticas.
4. Recurso operatorio puesto en práctica en forma coordinada con otro departamento quirúrgico en nuestro hospital: Cirugía de Tórax y Cardiovascular, poniendo en evidencia en uso máximo de recursos hospitalarios, con el fin de conseguir una mayor calidad de vida, y beneficios de los componentes de nuestra institución.
5. Ausencia de íleo abdominal y rapidez en restablecimiento de vía oral.
6. Menor tiempo de estadía hospitalaria.

En el post operatorio salvo dolor moderado en zona incisional no se advirtió la presencia de síntomas funcionales como, polipnea, cianosis, tos, expectoración. De los síntomas físicos a la inspección los pacientes presentaron disminución en movimientos respiratorios causado fundamentalmente por el dolor incisional posoperatorio, a la palpación se presentan vibraciones vocales disminuidas por atelectasia reversible, sonoridad aumentada, y disminución de murmullo vesicular en el pos operatorio inmediato.

A los pacientes se les realizó drenaje torácico controlado con Rx de pulmones lográndose buena reexpansión pulmonar a las 24 horas y retiro de dren tubular a las 72 horas del post operatorio inmediato.

En el presente trabajo de investigación presentamos seis casos representativos, operados por nuestro equipo de cirugía general en forma conjunta con los miembros del departamento de cirugía de tórax y cardiovascular, ofrecemos resultados a través del seguimiento, estableciendo así una curva de seguimiento y sobre vivencia al no reportar recidivas y/o complicaciones tardías (Follow-up).

Aparentemente la casuística, en el lapso de un año, que presentamos es reducida, pero hay que tener en cuenta que nuestra institución es una hospital nacional de referencia a donde son derivados los casos provenientes de todas las regiones militares del país, siendo responsabilidad del hospital militar central, dar cobertura de salud a esa población militar y familiares con derecho.

El concurso de varias especialidades para resolver estos casos complicados, dan una connotación válida al presente trabajo de investigación.

Indudablemente nuestro procedimiento puede ser corregido y mejorado por los nuevos aportes de la cirugía transhiatal, y la cirugía laparoscópica, esto será motivo de otros trabajos de investigación.

Una primera comparación y ventaja es que nuestro procedimiento, al realizar el seguimiento de casos ha demostrado la no existencia de complicaciones que otras técnicas en innovación puedan tener.

VI RESUMEN

Se establece el enunciado: Que la Patología quirúrgica abdominal puede ser resuelta con menor morbilidad, a través de un abordaje transtorácico, debido a mejor exposición topográfica.

Como objetivos se determinan:

- Las características anatómicas de topografía abdominal difícil, que pueden tener resultados por un abordaje distinto, esto es: el abordaje transtorácico.
- Las manifestaciones clínicas, motivo de las intervenciones.
- El diagnóstico, evolución y tratamiento médico - quirúrgico y buena correlación(0.90) con los hallazgos quirúrgicos.
- Normas y procedimientos (protocolo futuro), a expensas de la evolución de los casos representativos presentados, como contribución que significará el presente trabajo.

En el presente trabajo se resumen 06 casos representativos :

1. Quiste hidatídico hepático localizado en la cúpula (segmento 7).
2. Hernia gástrica estrangulada transdiafragmática.
3. Hernia del hiato esofágico.
4. Hernia diafragmática.
5. Estenosis esofágico cáustica en el tercio inferior (con elongación del estómago).
6. Ruptura diafragmática.

Trabajo inédito, satisface los objetivos presentados en el proyecto de trabajo de investigación al conseguir los siguientes beneficios para nuestros pacientes:

1. Menor tiempo operatorio.
2. Menor posibilidad de recidiva en las hernias diafragmáticas.
3. Mayor comodidad y exposición quirúrgica en las entidades muy próximas a las cúpulas diafragmáticas.
4. Ausencia de íleo abdominal y rapidez en el restablecimiento de la vía oral.
5. Menor tiempo de estancia hospitalaria.
6. Otro recurso operatorio puesto en práctica en forma coordinada con el departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, estableciéndose así, una coordinación muy útil para la atención de nuestros pacientes y el uso racional de instrumentos de nuestra institución hospitalaria(Hospital Militar Central).

VII . BIBLIOGRAFIA

1. Alatrasta de Bambren M del Socorro: "Traumatismo abdominal" Ts Dr. 2000 .
2. Adler, Thomas L. Dent. "Trauma Abdominal" Editorial Medico Panamericana 2001 .
3. Adams W. "Traumatismos Torácicos" Cliente Quirúrgica de Norteamerica, Ed. Interamericana Mc. Graw - Hill 1997 .
4. Bacells P. "Incisiones Torácicas Abdominales" Blaisdell FV. Trunkey D.D. (Eds) 1998 .
5. Baracco Gondolfo. "Abdomen Agudo Quirúrgico", Diagnostico Vol. N°2. 11 - 12 Noviembre 1988 .
6. Carter N,B The combined thoracoabdominal approach with particular referencia a its employment in splenectomy, 84: 1019, 1999
7. Foch, R. "Topografía Hepática" Lange Medical Publications, 1996 .
8. Hart, R.H Thoracoabdominal incisions; a review surgery, 34:773, 1999
9. Orzel J.A. "Manejo Quirúrgico Hernias Hiatales" Arch. Surg. 1997 .
10. Pacncoast, H.K. Modern Techniques in Thorasic surgery, S. Clin north America, 29: 557, 2000
11. Traub A.C. Perry J.F. "Trauma Eplénico, Abordajes" J. Trauma 1998.
12. Uddo JF. Jr. Reine G: Laparoscopic Thoracic: The procedure to choice. J. La State Med. Soc. 2000; 143: 22-

